

SOLICITUD DE SEGURO

TOMADOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	DIRECCION: _____ C.P. _____	
	POBLACIÓN: _____	PROVINCIA: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____
	TELEFONO: _____	

PROPIETARIO	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	DIRECCION: _____ C.P. _____	
	POBLACIÓN: _____	PROVINCIA: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____

CONDUCTOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	DIRECCION: _____ C.P. _____	
	POBLACIÓN: _____	PROVINCIA: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____

OTROS	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____

VEHICULO	MARCA/MODELO: _____ C.C. _____ C.V. _____
	MATRICULA: _____ FECHA 1º MATRICULACION: _____
	TIPO DE VEHICULO: _____ PÚBLICO
	PMA (Kgs): _____ REMOLQUE LIGERO: _____
	<u>DESCRIPCIÓN Y VALOR DE ACCESORIOS:</u> _____

COBERTURAS	TERCEROS	TODO RIESGO
	TERCEROS+LUNAS	TODO RIESGO+FRANQUICIA
	TERCEROS COMBINADO (ROBO, INCENDIO, LUNAS)	(IMPORTE) _____
	TERCEROS COMBINADO+PERDIDA TOTAL	

	DURACIÓN	FECHA ENTRADA EN VIGOR	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL
	_____	_____				

DOMICILIO DE PAGO	BANCO: _____
	CODIGO DOMICILIACIÓN: _____ ENTIDAD _____ OFICINA _____ DC _____ Nº CUENTA _____

CONFORMIDAD	El solicitante declara que QUEDA ENTERADO de las coberturas solicitadas
	Firma _____
	Nombre y apellidos _____
	DNI _____ FECHA: _____